

DOI: 10.13288/j.11-2166/r.2016.12.012

通利枢机针刺法辅助治疗缺血性脑血管病 31 例临床观察

惠建荣^{*}, 庞苗苗², 赵娴¹, 李永峰¹, 王院春³, 惠建安⁴

(1. 陕西中医药大学, 陕西省西咸新区世纪大道中段 1 号, 712046; 2. 武警陕西总队医院; 3. 陕西中医药大学附属医院; 4. 渭南市富平县第二人民医院)

摘要 目的 观察通利枢机针刺法辅助治疗缺血性脑血管病的临床疗效。方法 将 63 例患者随机分为头体针组 32 例及通利枢机针刺组 31 例。两组均给予常规治疗, 通利枢机针刺组在常规治疗的基础上加用通利枢机针刺法, 头体针组在常规治疗的基础上加用头针加体针针刺, 两组均以 2 周为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。比较两组治疗前及第 1、2、3 疗程末 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分, 并评价临床疗效。结果 通利枢机针刺组临床疗效总有效率为 93.5%, 头体针组为 81.3%, 通利枢机针刺组疗效明显优于头体针组 ($P < 0.05$)。两组第 1、2、3 疗程末 Fugl-Meyer 运动功能评定量表上、下肢评分及总分均较治疗前明显升高 ($P < 0.01$); 通利枢机针刺组各时间点 Fugl-Meyer 运动功能评定量表总分均明显高于头体针组, 通利枢机针刺组第 2、3 疗程末 Fugl-Meyer 运动功能评定量表上、下肢评分均明显高于头体针组 ($P < 0.01$)。结论 通利枢机针刺法可改善缺血性脑血管病患者肢体运动功能, 且疗效优于头体针针刺。

关键词 缺血性脑血管病; 通利枢机针刺法; 运动功能评定量表

缺血性脑血管病 (ischemic cerebral vascular disease, ICVD) 是脑血管常见疾病之一, 具有高发病率、高致残率、高死亡率和高复发率的特点, 严重威胁着人类的健康和生活质量^[1]。通利枢机针刺法是我们治疗缺血性脑血管病多年临床实践的经验, 并进行了临床疗效观察, 现报告如下。该项研究通过了陕西中医药大学附属医院伦理委员会审查, 伦理批件号 SZFYIEC-PJ-2013 年第【10】号。

1 临床资料

1.1 诊断标准及中医辨证标准

西医诊断标准参照 2005 年《中国脑血管病防治指南》^[2] 中脑梗死诊断标准。中医诊断标准参照《中风病诊断与疗效评定标准》^[3]。

1.2 纳入标准

1) 符合上述诊断标准; 2) 年龄 35 ~ 75 岁; 3) 牛津郡社区卒中规划 (OCSP) 分型^[4] 为完全前循环梗死 (TACI)、部分前循环梗死 (PACI)、腔隙性梗死 (LACI) (前循环供血区); 4) 中、

重型患者, 美国国立卫生研究院卒中量表 (NIH-SS) 评分^[5] ≥ 4 分; 5) 无溶栓指征, 或有溶栓指征但患者或家属不接受溶栓者; 6) 入院前无严重残疾, 修正的 RANKIN 标准 (mRS) 评分^[6] ≤ 2 分; 7) 签署知情同意书。

1.3 排除标准

1) 小脑、脑干梗死 (包括腔隙性梗死); 2) 脑疝形成者; 3) 合并严重心、肺、肝、肾疾病者; 4) 合并严重的上消化道出血者; 5) 患者近 3 个月内曾参加其他临床试验者; 6) 有精神疾病史者; 7) 有晕针史者; 8) 针刺部位感染、肿块及皮肤病者; 9) 妊娠期或哺乳期妇女。

1.4 脱落标准

1) 在治疗过程中出现晕针者; 2) 出现严重的其他并发症或病情突然恶化者。

1.5 剔除标准

1) 不符合纳入标准而误纳入者; 2) 未按规定进行针刺治疗者; 3) 患者自行合并采用其他疗法或药物而影响疗效判定者。

1.6 一般资料

69 例研究对象来源于 2013 年 12 月至 2015 年

基金项目: 陕西省教育厅科学研究项目 (14JK1211); 陕西中医学院科研项目 (14XJZR18)

* 通讯作者: jrjianrong99@163.com, 13992047769

3 月陕西中医药大学附属医院及陕西中医药大学附属医院的缺血性脑血管病患者。采用 SAS 9.2 软件随机分为通利枢机针刺组 34 例和头体针组 35 例。通利枢机针刺组 2 例因个人原因放弃治疗, 1 例在治疗 3 次后因车祸意外死亡, 共 31 例完成全部治疗。头体针组 3 例患者因行动不便仅完成 1 个疗程的治疗, 共 32 例完成全部治疗。通利枢机针刺组中男 16 例, 女 15 例; 年龄 39 ~ 75 岁, 平均 (62.43 ± 5.63) 岁; 病程 0.1 ~ 22 年, 平均 (6.34 ± 6.50) 年。头体针刺组中男 17 例, 女 15 例; 年龄 41 ~ 75 岁, 平均 (63.17 ± 7.19) 岁; 病程 0.1 ~ 25 年, 平均 (5.91 ± 7.35) 年。两组患者一般资料比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$), 具有可比性。

2 方法

2.1 治疗方法

常规治疗: 肠溶阿司匹林片 (拜耳医药保健有限公司, 国药准字 J20080078) 100 mg, 每日 1 次, 口服。患者发生过敏反应或不能耐受可改为氯吡格雷片 (Sanofi Winthrop Industrie, 国药准字 J20130083) 75 mg, 每日 1 次, 口服。采用胞二磷胆碱注射液 (长春大政药业科技有限公司, 国药准字: H22026207) 0.5 g 加入生理盐水 250 ml 后进行静脉注射, 每日 1 次。

通利枢机针刺组在常规治疗的基础上加用通利枢机针刺法进行治疗, 选取少阳经穴位: 外关、支沟、三阳络、天井、肩髃、臑会、头临泣、脑空、正营、承灵、风池、肩井、日月、带脉、环跳、风市、中渚、阳陵泉、阳交、外丘、光明、阳辅、悬钟、侠溪, 双侧取穴。上肢肢体活动障碍则选用外关、支沟、天井、肩髃、臑会; 下肢肢体活动障碍则取环跳、风市、中渚、阳陵泉、阳交、外丘、光明、阳辅、悬钟、侠溪等穴。如若躯体有麻木、疼痛等不适症状, 则取日月、带脉。

头体针组在常规治疗的基础上加用头针加体针治疗, 取穴: 曲池、肩髃、手三里、内关、合谷、足三里、丰隆、血海、三阴交、太冲、昆仑、MS6 顶颞前斜线、MS7 顶颞后斜线、MS5 顶中线, 双侧取穴。上肢肢体活动障碍则选用曲池、肩髃、手三里、内关、合谷; 下肢肢体活动障碍则取足三里、丰隆、血海、三阴交、太冲、昆仑等穴; 如若躯体有麻木、疼痛等不适症状, 则取相应的阿是穴。

针刺手法: 头部穴位进针时针体与头皮呈 30° 角斜刺进入, 针尖抵达帽状腱膜下层后, 将针平卧

15° 左右, 沿刺激线缓慢捻入 1 ~ 1.5 寸。进针后每针每次以 150 ~ 200 次/min 频率快速捻转 2 ~ 3 min, 以患者有胀麻感为宜。风池穴针尖微下, 向鼻尖方向斜刺 0.5 ~ 0.8 寸, 或平刺透风府穴; 四肢穴根据不同腧穴的肌肉厚薄, 针刺 1 ~ 2 寸, 要求患者酸麻胀感明显, 四肢穴以见轻度的肌肉收缩或放电感为佳。在得气的基础上根据病情轻重及患者体质采用平补平泻或补、泻手法。留针 30 min, 间歇行针 3 次。两组均每周治疗 5 天, 每天 1 次, 两周为 1 个疗程, 共治疗 3 个疗程。

2.2 观察指标及方法

治疗前及第 1、2、3 疗程末两组患者进行 Fugl-Meyer 运动功能评定量表进行评分^[4]。最低分为 0 分, 最高分为 100 分, 其中上肢功能评定共 66 分, 下肢功能评定共 34 分, 分数越高代表运动功能越好。

2.3 疗效判定标准

参照文献^[4]制定, 治愈: Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分为 96 ~ 99 分; 显效: Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分为 85 ~ 95 分; 有效: Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分为 50 ~ 84 分; 无效: Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分 < 50 分。

2.4 统计学方法

采用 SPSS 18.0 统计软件进行数据处理, 计量资料以 $(\bar{x} \pm s)$ 表示, 满足正态性检验和方差齐性检验者两组均数比较用 t 检验, 不满足正态性检验者采用校正 t 检验; 等级资料采用 Wilcoxon 秩和检验。以 $P < 0.05$ 为差异有统计学意义。

3 结果

3.1 两组患者临床疗效比较

表 1 示, 两组缺血性脑血管病患者临床疗效比较差异有统计学意义 ($P < 0.05$), 通利枢机针刺组疗效优于头体针组。

表 1 两组缺血性脑血管病患者临床疗效比较 例 (%)

组别	例数	治愈	显效	有效	无效	总有效
通利枢机针刺组	31	12 (38.7)	11 (35.5)	6 (19.4)	2 (6.5)	29 (93.5)
头体针组	32	6 (18.8)	8 (25.0)	12 (37.5)	6 (18.8)	26 (81.3)

3.2 两组患者治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表各项评分比较

表 2 示, 两组治疗前 Fugl-Meyer 运动功能评定量表中上肢、下肢评分及总分比较差异无统计学意义 ($P > 0.05$); 两组第 1、2、3 疗程末 Fugl-Meyer

表 2 两组缺血性脑血管病患者治疗前后 Fugl-Meyer 运动功能评定量表评分比较 (分, $\bar{x} \pm s$)

组别	治疗前	例数	上肢	下肢	总分
通利枢机针刺组	治疗前	31	25.25 ± 16.37	19.18 ± 19.03	45.21 ± 25.31
	第 1 疗程末	31	35.02 ± 10.26*	25.25 ± 9.17*	60.87 ± 19.43* [△]
	第 2 疗程末	31	46.02 ± 9.56* [△]	29.92 ± 3.09* [△]	75.97 ± 16.37* [△]
	第 3 疗程末	31	55.32 ± 10.35* [△]	30.19 ± 3.71* [△]	85.52 ± 14.63* [△]
头体针组	治疗前	32	27.14 ± 12.30	19.03 ± 13.32	46.19 ± 25.48
	第 1 疗程末	32	31.62 ± 12.07*	20.08 ± 9.90*	51.03 ± 21.97*
	第 2 疗程末	32	40.20 ± 12.98*	28.29 ± 4.46*	68.50 ± 17.42*
	第 3 疗程末	32	50.51 ± 10.37*	29.19 ± 4.56*	79.72 ± 12.15*

注: 与本组治疗前比较, * $P < 0.01$; 与头体针组同时时间比较, $\Delta P < 0.01$

运动功能评定量表中上肢、下肢评分及总分均本组较治疗前明显升高 ($P < 0.01$); 通利枢机针刺组各时间点 Fugl-Meyer 运动功能量表总分均明显高于头体针组, 通利枢机针刺组第 2、3 疗程末 Fugl-Meyer 运动功能评定量表中上肢、下肢评分均明显高于同时头体针组 ($P < 0.01$)。

4 讨论

缺血性脑血管病属于中医学“中风”范畴, 其病因主要为虚、火、气、瘀、风、痰、六端。由于养生不慎, 正气渐亏, 心、肝、肾等内脏阴阳失调, 精、气、神日渐不足, 加之情志抑郁或者亢奋、嗜酒过度、房事不节、劳倦过度、气候变化剧烈等作为诱因, 致气虚精亏, 气滞血瘀, 筋脉肌肉失养, 或者肝肾不足, 肝阳暴涨, 血随气逆, 挟痰挟火, 上闭清窍, 横窜经髓, 气血逆乱, 病发于一旦, 遂成本病。故虚中有实, 实由虚致, 本虚标实, 下虚上实是本病的基本病机^[8]。

通利枢机针刺法来源于《素问·阴阳离合论》, 曰“是故三阳之离合也, 太阳为开, 阳明为阖, 少阳为枢……”, 三者之间紧密联系。少阳为枢, 主开合, 它既是病邪由表及里, 病情转变的一道门户, 也是病变由重转轻出入的枢纽。通利枢机针刺法主要选取手足少阳经穴治疗, 取外关、支沟、三阳络、天井、肩髃、臑会穴, 以通利三焦, 舒缓关节; 取头临泣、脑空、正营、承灵、风池、肩井、日月、带脉, 以调畅少阳枢机, 通腑; 取环跳、风市、中渚、阳陵泉、阳交、外丘、光明、阳

辅、悬钟、侠溪穴, 以利下肢, 诸穴解表达里, 疏泄气机, 使气血畅通。

Fugl-Meyer 运动功能评定量表是偏瘫运动功能评测方法之一。本研究结果显示, 头体针刺法、通利枢机针刺法均可改善缺血性脑血管病患者 Fugl-Meyer 运动功能量表评分, 进而提高患者的肢体运动功能, 且通利枢机针刺组的疗效较头体针组更优。

参考文献

- [1] 江建忠, 王倩, 顾治泊, 等. 中医治疗缺血性脑卒中研究现状与趋势系统综述 [J]. 实用中医内科杂志, 2015, 29(7): 4-7.
- [2] 饶明俐, 王文志, 黄如训. 中国脑血管病防治指南 [M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005: 96-110.
- [3] 国家中医药管理局脑病急症协作组. 中风病诊断与疗效评定标准 [J]. 北京中医药大学学报, 1996, 19(1): 56-57.
- [4] 栗文彬, 刘学东, 王波. 老年脑缺血性脑卒中患者按牛津郡社区卒中规划临床分型与预后的关系 [J]. 中华老年心脑血管病杂志, 2008, 10(6): 444-446.
- [5] 濮月华, 秦海强, 王伊龙, 等. 美国国立卒中协会短暂性脑缺血发作治疗指南 [J]. 中国卒中杂志, 2007, 2(12): 995-998.
- [6] 王拥军, 卢德宏. 现代神经病学进展 [M]. 北京: 科学技术文献出版社, 1999: 1-10.
- [7] FUGL-MEYER AR, JAASKO L, LEYMAN I, et al. The post-stroke hemiplegic patient. 1. a method for evaluation of physical performance [J]. Scand J Rehabil Med, 1975, 7(1): 13-31.
- [8] 张伯臾. 中医内科学 [M]. 上海: 上海科技出版社, 1987: 208.

Clinical Observation on Easing Cardinal Acupuncture in Auxiliary Treatment of 31 Patients with Ischemic Cerebrovascular Disease

HUI Jianrong¹, PANG Miaomiao², ZHAO Xian¹, LI Yongfeng¹, WANG Yuanchun³, HUI Jianan⁴

(1. Shaanxi University of Chinese Medicine, Shaanxi, 712046; 2. Armed Police Corps Hospital of Shaanxi; 3. Affiliated Hospital of Shaanxi University of Chinese Medicine; 4. The Second People's Hospital, Fuping, Weinan.)

ABSTRACT Objective To observe the clinical effects of easing cardinal acupuncture in auxiliary treatment of

ischemic cerebrovascular disease. **Methods** Sixty-three patients were randomly divided into the head-body acupuncture group (32 cases) and the easing cardinal acupuncture group (31 cases). Both two groups were given conventional treatment. In addition, the easing cardinal acupuncture group was also treated with easing cardinal acupuncture, and the head-body acupuncture group was also treated with head and body acupuncture. Two weeks was a period of treatment, and both groups were treated for three periods of treatment. Scores of the Fugl-Meyer assessment scale were compared in the two groups before treatment and at the end of the 1st, 2nd and 3rd period of treatment, and the clinical effects were evaluated. **Results** The total effective rate was 93.5% in the easing cardinal acupuncture group, and 81.3% in the head-body acupuncture group, with a significant difference between the two groups ($P < 0.05$). Scores about upper and lower limbs and total scores of the Fugl-Meyer assessment scale in the two groups at the end of the 1st, 2nd and 3rd period of treatment were higher than those before treatment ($P < 0.01$); The total scores of the Fugl-Meyer assessment scale in the easing cardinal acupuncture group at every time point were much higher than those in the head-body acupuncture group. Scores of the Fugl-Meyer assessment scale about upper and lower limbs at the end of the 2nd and 3rd period of treatment in the easing cardinal acupuncture group were much higher than those in the head-body acupuncture group ($P < 0.01$). **Conclusion** Easing cardinal acupuncture can improve motor function of limbs in patients with ischemic cerebrovascular disease, and its curative effect is better than that of head and body acupuncture.

Keywords ischemic cerebrovascular disease; easing cardinal acupuncture; motor assessment scale

(收稿日期: 2015-08-04; 修回日期: 2016-03-07)

编辑: 王利菊